Información y firma del Adulto **Mail Completed Form To: Nutrition Services, 14001 East 32nd Street South, Independence, MO 64055-2506**

**2023-2024 Prototipo Solicitud para Comida Gratuita o a Precio Reducido**

Llena una solicitud por familia. Por favor use un bolígrafo (no un lápiz).

**PASO 1**

**Escriba todos los miembros de la familia que sean infantes, niños y estudiantes incluyendo grado 12** (si hay más niños presente que líneas anexe un segundo papel)

**PASO 2**

**¿Está participando actualmente un miembro de la casa (incluyéndolo a usted) en uno o más de los siguientes programas: SNAP, TANF, o FDPIR?** Encierre con un circulo: Sí / No

**Si su respuesta es Sí** > Escriba el número aquí y salte al PASO 4 (No complete el PASO 3)

**Número de caso:**

Escriba un solo número de caso en el espacio

**PASO 3**

**Reporte el ingreso de todos los miembros de la familia** (salte este paso si su repuesta es ‘Sí’ en el PASO 2)

¿La frecuencia?

**A. Ingreso de Niño**

A veces, los niños de familia reciben ingreso. Por favor incluya el ingreso TOTAL ganado de todos los miembros de la familia listados en el PASO 1 aquí.

Ingreso de Niño

**$**

¿La Frecuencia?

¿La Frecuencia?

Nombre de Adultos en la casa (Nombres y Apellidos)

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**$**

**Total de Integrantes de la familia (Niños y Adultos)**

**No tengo NSS**

“Yo certifico (prometo) que la información en esta solicitud es verdadera y todo ingreso esta reportado. Yo entiendo que esta información es dada en conexión con el recibo de Fondos Federales, y que los funcionarios de la escuela pueden verificar la información. Yo entiendo que si reporto información falsa, mis niños pueden perder el beneficio del Programa de Comida Gratuita o a Precio Reducido, y me pueden procesar bajo las leyes que aplican del Estado y Federales.”

[ ]  [ ]

Solicitar por internet: <https://www.myschoolapps.com>

Definición de **Integrantes de Hogar**: “Cualquier persona que podría estar relacionado y que esté viviendo con usted y comparta ingreso y gastos de la casa.”

Niños de Albergue y desamparados, migrantes o fugitivos son elegibles para el programa de Comida Gratuita o a Precio Reducido. Lea **Como Solicitar la Comida Gratuita o a Precio Reducido**.

[ ]  [ ]

[ ]  [ ]

[ ]  [ ]

[ ]  [ ]

[ ]  [ ]

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

☐ ☐

 el

**B. Todos los miembros de la familia (incluyéndolo a usted)**

Escriba todos los miembros de la familia que no aparezcan en el PASO 1 (incluyéndolo a usted) **aunque no ganen ingreso**. Por cada Miembro de familia escrito, si reciben ingreso, reporte el ingreso total para cada fuente en dólares sin centavos. Si no reciben ingreso de ninguna fuente escriba, ‘0’. Si usted escribe ‘0’ o deja un espacio en blanco, usted está certificando (prometiendo) que no hay ingreso para reportar.

reportar.

**Si su repuesta es NO** > Complete el PASO 3

 **I del 2o Nombre**

Pensiones/Retiros/

Otros ingresos

¿La Frecuencia?

Firma del adulto que llenó el formulario

 Nombre en letra molde del adulto que llenó el formulario

Número de teléfono y correo electrónico (opcional)

Código Postal

Estado

Cuidad

No Apt.

**Los últimos cuatro dígitos de su Número de Seguro Social (NSS) del miembro primario de su casa u otro miembro adulto**

Desamparado, Migrante o Fugitivo

Niños de Albergue

 Semanal Quincenal Bimestralmente Mensual

Marque todo que aplique

 Semanal Quincenal Bimestralmente Mensual

 Semanal Quincenal Bimestralmente Mensual

Ganancias de Trabajo Semanal Quincenal Bimestralmente Mensual

[ ] Por favor, Lea **Como Solicitar la Comida Gratuita o a Precio Reducido** para más información.

La sección para las Fuentes de Ingreso de Niños le ayudará con esta parte de preguntas sobre el Ingreso de Niños.

La sección para La Fuente de Ingreso de Adultos le ayudará con esta parte de preguntas sobre el Ingreso de Adultos.

**X X X**

**X X**

Fecha de hoy

**Contact information and adult signature**

 Dirección (si tiene una)

**PASO 4**

Beneficios Sociales/

Pensión Alimenticia

**Nombre de Niño**

¿Estudiante?

Sí No

 **1er y 2o Apellido**

Indígena norteamericana o nativo de Alaska

Asiático

**Raza (marque una o más):**

**Etnia (marque uno):**

**La identidad racial y étnica de los niños**

El **acta Nacional de almuerzo escolar Richard B. Russell** requiere la información en este formulario. Usted no tiene que dar la información, pero si usted no lo hace, nosotros no podremos aprobar a su hijo para la comida escolar gratis o precio reducido. Usted debe incluir los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social del adulto o miembro de la familia que firma el formulario. Los últimos cuatro dígitos de su número social no son requeridos cuando usted aplica en nombre de un niño/a de albergue o usted nombra un Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (SNAP) por sus siglas en inglés, Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) por sus siglas en inglés. Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR) por sus siglas en inglés. Numero de caso u otro FDPIR identificador para su hijo/a o cuando usted indica que el adulto integrante de la familia que está firmando el formulario no tiene un número de seguro social. Nosotros usaremos su información para determinar si su hijo/a es elegible para la comida escolar gratuita o precio reducido, y para la administración y ejecución del programa de almuerzo y desayuno. Nosotros TAL VEZ compartamos su información de elegibilidad con educación, salud, y programa de nutrición para ayudarles a ellos evaluar, financiar, o determinar los beneficios para el programa de ellos, auditoria para revisiones de programa, y ejecución de ley oficiales para ayudar a ellos ver violaciones de las reglas del programa.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados, y solicitantes para empleo en base de raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y donde aplica, creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, todo o parte del ingreso del individuo derivado de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en empleo o en cualquier programa o actividad realizados o fundado por el Departamento. (No todas las bases prohibidas aplicaran a todos los programas y/o actividades de empleo.)

Si usted desea presentar una queja de discriminación del Programa de Derechos Civiles, complete el formulario de USDA por sus siglas en inglés. Formulario de Programa de Discriminación, encontrado en línea  [http://www.ascr.usda.gov/complaint filing cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint%20filing%20cust.html) o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. Usted también podrá escribir una carta que contenga toda la información requerida en el formulario. Envíe su formulario completo de la queja a nosotros por correo al U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410. Por fax (202)690-8339; o al correo electrónico program.intake@usda.gov.

Individuos que sean sordos, dificultad para escuchar o tienen dificultad con el habla pueden contactar USDA por medio de Federal Relay Service al (800) 877-8339; o al (800) 845-6136 (en Español).

USDA es un proveedor igualitario y empleador

[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] **OPCIONAL**

Es necesario preguntarle si puede compartir información acerca de la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y nos ayuda asegurar que podamos servir a nuestra comunidad lo mejor posible. Esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad y participación de sus hijos en el Programa de Comida Gratuita o a Precio Reducido.

Hispano o Latino

No hispano ni latino

 Negro o Afro- americano

Hawaiano o de otra isla del Pacifico Blanco